



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**Relación entre las complicaciones obstétricas y los
niveles de depresión en gestantes atendidas en el
Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año
2014**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Mariluz Liliana SARAVIA CAMACHO

ASESOR

Juan Aurelio OBANDO RODRÍGUEZ

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Saravia M. Relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.

1393



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

52

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

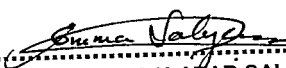
BACHILLER: SARAVIA CAMACHO MARILUZ LILIANA


Cuyo título es: **RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE EL AÑO 2014.**

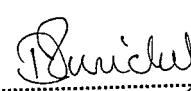
Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:

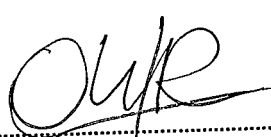
..... MUY BUENO


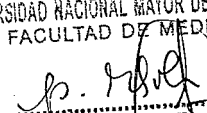
..... DIECISIETE 17


.....
MG. OBST. EMMA F. SALAZAR SALVATIERRA
C.O.P. 0730
PRESIDENTE


.....
LIC. OBST. JENNY ELENISSE ZAVALA LUIAN
C.O.P. 7646
MIEMBRO


.....
LIC. OBST. DORA NANCY RODRIGUEZ MICHUY
C.O.P. 3978
MIEMBRO


.....
DR. JUAN AURELIO OBANDO RODRIGUEZ
ASESOR (A)


UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

.....
Dra. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
DIRECTORA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Lima, 25 de noviembre del 2016

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado siempre.

A mis padres Carlos Saravia y Liliana Camacho por siempre estar a mi lado apoyándome y ser los más fuertes pilares para mí.

A mis grandes amigos, Ana Huarcaya, Oshin Trejo, Analía Tello, Mayra Urpay, Abias, Gustavo, Juan Luis por siempre estar pendiente y mostrarme su apoyo incondicional.

A mi asesor por su orientación y tiempo brindado en la realización del presente trabajo.

Al INMP donde por un año me brindaron conocimientos y experiencias para mi formación profesional y permitieron el desarrollo de esta investigación.

A todos aquellos que incondicionalmente me han apoyado a lo largo de todo este camino.

DEDICATORIA

A Dios y mi familia quienes me apoyaron todo el tiempo alentándome a luchar por mis metas

A los docentes que depositaron en mí su confianza.

A mi querida alma mater UNMSM por brindarme todos estos años de enseñanzas.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MATERIAL Y METODOS	25
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	25
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	26
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	26
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
3. RESULTADOS	29
4. DISCUSIONES	35
5. CONCLUSIONES	37
6. RECOMENDACIONES	38
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
8. ANEXOS.....	44

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014

METODOLOGÍA: El estudio es de enfoque cuantitativo de tipo correlacional, retrospectivo de corte transversal. El estudio se aplicó en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014, tomándose para ello 75 gestantes que fueron diagnosticadas con depresión durante su visita al consultorio de psicología en el año 2014 y a la vez presentaron alguna complicación obstétrica. En el estudio se utilizó un análisis descriptivo calculándose medidas de tendencia central y de dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas. En la estadística bivariada se usó la prueba chi-cuadrado.

RESULTADOS: De las gestantes evaluadas, el 50.7% de las gestantes culminaron en parto por cesárea y el 49.3% en parto vaginal. El 14.7% tuvo depresión moderada y el 85.3% tuvo depresión leve. No se observó relación entre las complicaciones obstétricas infecciosas ($p=0.865$), las complicaciones obstétricas hemorrágicas ($p=0.201$) y el tipo de depresión; sin embargo, se observó relación muy significativa entre la presencia de depresión moderada y la presencia entre alguna complicación obstétrica hipertensiva ($p=0.000$). La sepsis como complicaciones obstétricas infecciosas se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.001$). El desprendimiento prematuro de placenta se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$). La preeclampsia se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.007$). El diagnóstico de eclampsia se relaciona con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$) y el diagnóstico de síndrome de HELLP se relaciona con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$).

CONCLUSIÓN: La relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014 fue significativa para el caso de la complicación hipertensiva y la depresión moderada ($p=0.000$).

PALABRAS CLAVES: Complicaciones obstétricas, niveles de depresión.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the relationship between obstetric complications and types of depression in pregnant women attended by the National Materno Perinatal Institute for 2014.

METHODOLOGY: The study is correlational a quantitative approach, cross-sectional retrospective. The study was performed on pregnant women at the National Maternal and Perinatal Institute during 2014, taking it to 75 pregnant women who were diagnosed with depression during their office visit psychology in 2014 and at the same time showed some obstetric complication. A descriptive analysis by calculating measures of central tendency and dispersion and absolute and relative frequencies were used in the study. In the bivariate statistical test used chi-square.

RESULTS: Of pregnant women evaluated 50.7% of pregnant women culminated in cesarean delivery and 49.3% in vaginal delivery. 14.7% had moderate depression and 85.3% had mild depression. There no had relationship between infectious obstetric complications ($p = 0.865$), hemorrhagic obstetric complications ($p = 0.201$) and type of depression, however, There had very significant relationship between the presence of moderate depression and presence of complications hypertensive obstetric ($p=0.000$). Sepsis how infectious obstetric complications was significantly related to the presence of moderate depression ($p=0.001$). The abruption is significantly related to the presence of moderate depression ($p=0.015$). Preeclampsia is significantly related to the presence of moderate depression ($p=0.007$). The diagnosis of eclampsia is related to the presence of moderate depression ($p=0.015$), and the diagnosis of HELLP syndrome is related to the presence of moderate depression ($p=0.015$).

CONCLUSIONS: The relationship between obstetric complications and levels of depression in pregnant women attended at the National Maternal Perinatal Institute in 2014 was significant for the case of hypertensive complication and moderate depression ($p = 0.000$).

KEYWORDS: obstetric complications, levels of depression.

1. INTRODUCCIÓN

Últimamente se está poniendo mayor énfasis en la depresión postnatal como un problema de salud pública muy importante en nuestro medio; sin embargo, la depresión durante la gestación, al verse que es una situación muy común, es dejada de lado o simplemente no ha recibido la atención debida, siendo este un trastorno de fuerte impacto en la vida de la madre y el feto, debido a las posibles complicaciones que la depresión podría acarrear durante esta etapa.

Estadísticas mundiales revelan que durante la gestación entre un 2% a 21% de madres padecen de depresión, siendo la depresión mayor la más frecuente en este grupo poblacional, y hasta un 38% de gestantes con bajo nivel socioeconómico sufren de este trastorno¹. Asimismo, se ha estimado que en países en desarrollo entre un 20% y 40% de las mujeres sufren de trastornos depresivos durante el embarazo², datos alarmantes que deben ser considerados con mayor énfasis.

Al padecer la gestante de algún trastorno mental, como es el caso de la depresión, la habilidad para responder a las demandas de la maternidad disminuye, acarreando hábitos inadecuados en su vida, un ejemplo de ello es la inapropiada alimentación, la falta de adherencia a los cuidados prenatales o conductas de riesgo, que afectan no solo a la madre sino al feto³.

Algunos estudios reconocen que los riesgos gestacionales, pueden incrementar la posibilidad de presentar depresión en el desarrollo de la gestación, entre estas investigaciones se encuentra la de Dang, quien evidencia que las mujeres que presentan diabetes gestacional tienen altos índices de depresión, de similar manera Vinnaccia, encuentra alteraciones psicológicas relacionadas a la depresión en gestantes con diagnóstico de preeclampsia^{4, 5}.

Estos casos, son muy comunes en el medio en que vivimos, sin embargo, son escasos los fundamentos que se tiene al respecto. Entre los estudios que demuestran ello destacan:

Hu R, Li Y, Zhang Z y Yan W (2015) en China publicaron un trabajo titulado “Síntomas depresivos prenatales y el riesgo de preeclampsia o partos quirúrgicos: un meta-análisis”, donde observaron que los síntomas depresivos prenatales se asocian con un aumento moderado de programar un parto quirúrgico y la preeclampsia⁶.

Ardila Y, Lara C y Perugache A (2013) en Colombia llevaron a cabo un estudio denominado “Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional”, que tuvo un diseño de corte transversal, no experimental, que tomó en cuenta a 70 mujeres entre los 13 y 45 años con riesgo gestacional; hallando que el 29% de las participantes presentó amenaza de parto pre término, el 23% hipertensión asociada al embarazo y/o preeclampsia, el 11% amenaza de aborto, el 10% restricción de crecimiento intrauterino, el 9% ruptura prematura de membranas, el 4% infección urinaria recurrente, el 3% edad materna extrema, el 3% embarazo prolongado, el 3% polihidramnios, el 3% trombocitopenia y el 2% síndrome de Hellp y diabetes gestacional, sin embargo ninguno de estos datos clínicos se asoció con la depresión⁷.

Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. (2013) en Venezuela publicaron un trabajo titulado “Depresión y ansiedad en embarazadas” para analizar los niveles de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil. Fue un estudio correlacional, transversal y no experimental, que contó con una muestra de 236 mujeres embarazadas. Encontraron que el 44.9% presentó depresión ligera o menor, el 25.6% depresión moderada y el 29.5% un cuadro de depresión severa o muy severa⁸.

Mercado Y y Paccori L (2012) en Lima-Perú realizaron una tesis denominada “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno

Perinatal”, en la que participaron 226 gestantes, donde hallaron que el presentar complicaciones durante el embarazo no se asocia significativamente ($p=0.59$) con la depresión⁹.

Bao M, Vega J y Saona P (2010) en Lima-Perú desarrollaron una investigación llamada “Prevalencia de depresión durante la gestación”, que incluyó a 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Lima-Perú). Entre los resultados encontraron que la prevalencia de depresión mayor en las pacientes gestantes fue 22,25% y las variables como la hipertensión arterial ($p=0,666$), diabetes mellitus ($p=0,532$), infección ($p=0,103$) e hiperémesis gravídica ($p=0,347$) no se asociaron con la depresión durante el embarazo¹⁰.

Luna M, Salinas J y Luna A (2009) en Lima-Perú efectuaron una investigación titulada “Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú”, que fue de tipo descriptivo, transversal y de asociación, en la que participaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico. En los resultados encontraron que las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y las que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. ¹¹.

En el Perú, según un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal sobre la prevalencia de depresión (lugar en el que se realizó la presente investigación), se observó que aproximadamente el 40.1% de las gestantes presentó depresión mayor, siendo esta la más crítica en la salud de una paciente¹¹. Pese a la existencia de estos datos, en esta institución, aún existe escasa información sobre las consecuencias que este trastorno podría ocasionar en la madre y el feto, o sobre si este problema es producto de las complicaciones obstétricas del embarazo. Es por ello que se formula el

presente estudio, con la finalidad de conocer la posible relación entre las complicaciones obstétricas con los niveles de depresión; puesto que en la práctica clínica es común observar en los diferentes servicios de hospitalización pacientes con diversas patologías como hipertensión, placenta previa, infecciones, etc.; que muchas veces durante sus atenciones prenatales han pasado por el consultorio de psicología, diagnosticándose en varias de ellas, trastornos depresivos de niveles variados (de leve a depresión mayor). De hecho, se ha evidenciado en varios casos, que las gestantes con trastornos depresivos de variados niveles han tenido partos prematuros, niños con bajo peso al nacer o recién nacidos pequeños para la edad gestacional, pese a lo evidenciado en la clínica, no se han ejecutado trabajos que plasmen estos datos de forma objetiva, existiendo escasa información al respecto a nivel institucional, y por ende una información científica desactualizada.

A lo largo del embarazo, toda mujer experimenta cambios fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos. La actitud que tome hacia estos cambios y la relación y expectativas que muestre con respecto a su futuro papel como madre, se encuentra influido, por la sociedad en la que vive, por su historia personal y por la relación con su pareja y con la familia. La gran mayoría de las mujeres adultas y en condiciones biológicas para un embarazo soportan adecuadamente un embarazo, así como los cambios que este implica; sin embargo, en las mujeres que se encuentran fuera de esta edad, sobre todo en las madres adolescentes, se presentan grandes problemas¹².

El embarazo es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad, que en principio merma esos deseos. Además, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido precisa, por lo que hay una mayor predisposición a que desarrolle estrés psicológico, lo cual determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de trastorno psíquicos como ansiedad y depresión.

En la sociedad actual, los diferentes papeles que asume la mujer con una mayor exigencia en el mercado laboral, que en muchas ocasiones no incluyen la perspectiva de ser madre, pueden facilitar a una sobrecarga psicológica, por ello la salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin dudas preocupa a los profesionales y a la familia, debido a su repercusión sobre la embarazada y su hijo, a corto y a largo plazo^{13, 14}.

Para términos de este estudio se tomará en cuenta a la depresión durante el embarazo.

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades que hasta entonces era de interés, así como cambios cognitivos, tales como pensar ineficientemente y elevada auto-crítica. El embarazo por ser una etapa de diversos cambios, muchas veces condiciona a que las mujeres sean más vulnerables y tengan mayores probabilidades de presentar tristeza, angustia, etc., las cuales pueden avanzar y convertirse en estados depresivos y en el peor de los casos, llegar a tener ideación suicida^{15, 16}.

La Guía de Práctica Clínica de Depresión del MINSA (Perú), la define como un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), además de cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren¹⁷.

Este trastorno psicológico tiene una etiología desconocida; no obstante, se ha demostrado que, en cuanto a la naturaleza biológica, la alteración de neurotransmisores cerebrales como serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, representan factores predisponentes. Asimismo, existen algunos factores asociados que son considerado de riesgo para la aparición de depresión durante el embarazo como: ansiedad materna, acontecimientos

vitales estresantes, antecedentes personales de depresión, falta de apoyo social, especialmente el de la pareja, violencia doméstica, embarazo no deseado, relación de pareja y determinadas características socio-demográficas (adolescencia)¹⁸.

La depresión presenta una serie de signos y síntomas relacionados a su aparición como¹⁷:

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza como estado de ánimo "normal", cuando alcanza un nivel en el que interfiere negativamente su vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y sexual, presentándose sin motivo aparente o tras un acontecimiento significativo; como una sensación muy profunda en la que el paciente se siente como si hubiera perdido el placer de vivir, con graves dificultades para brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: Cuando el sujeto se torna apático, "sin ganas de vivir" y nada le procura placer.

Ansiedad: Representa el acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.

Insomnio: Generalmente al paciente le cuesta conciliar el sueño.

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones.

Alteraciones somáticas: Generalmente surgen dolores crónicos o erráticos, así como constipación y sudoración nocturna. También se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir aislado, puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Asimismo, le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Sentimiento de culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede llevar a desilusiones.

Pensamiento suicida: Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Las características clínicas de la depresión en el embarazo son similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida¹³.

Las manifestaciones de los episodios depresivos son: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Estos síntomas se pueden agrupar en niveles de depresión, entre los que se encuentran^{17, 19, 20}:

Estados de depresión intermitentes o depresión leve: Se caracteriza por presentar al menos dos de los siguientes síntomas típicos: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad, los cuales deben durar al menos dos semanas. También puede presentarse al tener al menos dos de las manifestaciones de los episodios depresivos. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. En el Test de Beck, los estados de depresión intermitentes o de depresión leve tienen un puntaje de 17 a 20.

Depresión Moderada: Se caracteriza por presentar al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de las manifestaciones de episodios depresivos, los cuales deben durar al menos dos semanas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. En el Test de Beck, la depresión moderada tiene un puntaje de 21 a 30.

Depresión Grave: Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y, en casos particularmente graves, el riesgo de suicidio es significativo. Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, además de por lo menos cuatro de las manifestaciones de estados depresivos, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. En el Test de Beck, la depresión grave tiene un puntaje de 31 a 40.

Depresión extrema: Episodio depresivo grave, en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes

de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. En el Test de Beck, la depresión extrema tiene un puntaje mayor de 40.

Existen diversas formas de diagnóstico de la sintomatología depresiva mediante síntomas y signos o a través del uso de inventarios que permiten confiabilizar el diagnóstico depresivo. Las escalas son pruebas que requieren ser aplicadas en pacientes con indicios de problemas depresivos, para ello existe una amplia gama de inventarios confiables que evalúan este problema.

En el campo de la salud mental perinatal, los únicos instrumentos validados son el Inventario de la Depresión de Beck y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). El inventario de Depresión de Beck es un instrumento extensamente utilizado en el mundo para medir la intensidad de los cuadros depresivos en población adolescente, adulta y gestantes. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes, pese a que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo²¹.

En nuestro país, se realizó una investigación donde se evaluaron ambos test, por lo que los resultados mostraron una consistencia interna alta de ambos cuestionarios, así como una moderada correlación de estos test evaluadores de síntomas depresivos en gestantes. Cabe resaltar que en el caso del Test de Edimburgo, generalmente es más difundido y con mayor confiabilidad y validez en la etapa postparto²².

Para términos del presente estudio, se tomará en cuenta al test de Beck, ya que es el de mayor uso en el entorno institucional (INMP).

Test de Beck: este cuestionario fue desarrollado por Beck y sus colaboradores en el año 1961 y cuenta con más de 5000 estudios que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica²³.

Esta prueba fue revisada en el año 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania, teniendo como resultado la versión BDI-IA. Beck definió la depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo, actitudes nihilista y pesimista, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos”.

Este instrumento fue diseñado para valorar este estado y ha sido derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Este inventario fue evaluado en varias ocasiones y revisado continuamente, resultando al final un Inventario de depresión de Beck (BDI)-II, con una confiabilidad de 0.92.

Asimismo, contiene 21 ítems que miden la severidad de la depresión del paciente. Cada Ítem se califica en una escala de 4 puntos que va del 0 hasta el 3, y tienen una duración de aplicación de 10 minutos.

Las complicaciones obstétricas se refieren a las disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. Las complicaciones obstétricas pueden tener efectos de largo plazo en un niño, incluyendo la acentuación de conductas problemáticas²⁴.

Se clasificó y se tomó en cuenta las siguientes complicaciones obstétricas basándose en los datos estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Entre los trastornos alimentarios se encuentran la Hiperémesis Gravídica, que representa una de las formas más severas de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que afectan el estado general de la paciente, siendo su sintomatología las náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante, asociándose a pérdida de peso, deshidratación, acetonuria y

alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico. La causa de las náuseas y vómitos del embarazo es aún desconocida; no obstante, hay ciertos factores implicados para su aparición como los hormonales, neurológicos, alérgicos o inmunológicos, psicológicos, alteración del pH gástrico, infección por *Helicobacter pylori*, déficit de piridoxina, etc²⁵.

En cuanto a los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, destacan: la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de Hellp.

Preeclampsia: Trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociada a proteinuria. Se clasifica en preeclampsia leve (presión arterial sistólica <160 mmHg y diastólica <110 mmHg y proteinuria cualitativa 1+) y preeclampsia severa (presión arterial sistólica \geq 160 mmHg y/o diastólica \geq 110 mmHg ,proteína cualitativa de 2 a 3 + , El compromiso de órganos se manifiesta por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, epigastralgia trastorno de coagulación, ascitis, disturbios neurológicos o visuales, o RCIU): Entre los factores de riesgo de preeclampsia se encuentran: Nuliparidad, primipaternidad o cambio de compañero, embarazo múltiple; antecedentes de hipertensión crónica; diabetes mellitus gestacional; edad: Menor de 20 o mayor de 40 años.; sobrepeso y obesidad. Es importante la evaluación del riesgo biopsicosocial durante la primera consulta y a lo largo del control prenatal, para identificar pacientes de alto riesgo de preeclampsia que pueden tener variables psicológicas y sociales de riesgo como embarazos no deseados, ansiedad, humor depresivo, etc^{25, 26, 27}.

Eclampsia: Es una complicación de la preeclampsia y se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas durante el curso clínico de la preeclampsia. Estas convulsiones pueden aparecer antes del parto, durante este o en las primeras 48 horas posteriores al parto. Entre los tipos de eclampsia se encuentran: Eclampsia atípica (aparece antes de la semana 24 del embarazo, o después de 48 horas del parto) y Eclampsia complicada (cuando las convulsiones tónico clónicas de la preeclampsia se

acompañan de accidente cerebrovascular, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado²⁷.

Síndrome de Hellp: Es una complicación aguda de la preeclampsia severa, que se caracteriza por: hemólisis, anormalidades en el frotis de sangre periférica (esquistocitos), hiperbilirrubinemia $>1,2$ mg/dL, elevación de las enzimas hepáticas (TGO >70 UI y/o LDH > 600 UI) y plaquetopenia (Plaquetas <100.000 por mm) ^{26, 27}.

Para las hemorragias obstétricas, estas se dividen en: hemorragias de la primera mitad del embarazo (amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico) y de la segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina) y hemorragias postparto.

Amenaza de aborto: Presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin presencia de modificaciones cervicales.

Aborto: Es la Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr. Según la forma de presentación se clasifica en inducido y espontáneo y según el tipo espontáneo se clasifican en: aborto en curso (el dolor pélvico aumenta en intensidad y el sangrado genital es mayor. Al examen ginecológico: orificio cervical interno permeable, membranas íntegras); aborto inevitable (cuando la actividad uterina aumenta y ocasiona cambios cervicales, rotura de membranas y pérdida de líquido; aborto completo (cuando hay eliminación total del contenido uterino); aborto incompleto (cuando hay expulsión parcial del contenido uterino); aborto retenido o frustrado (cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas y queda retenido en útero sin expulsión de restos ovulares); aborto séptico (complicación infecciosa grave del aborto espontáneo complicado, frustrado y/o maniobras abortivas que puede evolucionar a un cuadro de sepsis)^{25, 28}.

Embarazo Ectópico: Se refiere a toda gestación localizada fuera de la cavidad uterina, usualmente diagnosticada en el primer trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional más común entre 6 a 10 semanas. La localización más frecuente es la Tubárica, seguida de la Ampular y otras localizaciones como la ovárica, abdominal y cervical. La triada clásica que caracteriza al embarazo ectópico es el dolor abdominal bajo, la amenorrea y el sangrado vaginal irregular²⁹.

Por su parte las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, representan aquellas patologías con sangrado vaginal variable que puede estar acompañado o no de dolor en una mujer con más de 22 semanas de gestación, con o sin trabajo de parto.

Placenta Previa: Se refiere a la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se clasifica en: oclusiva (no permite el parto vaginal) y no oclusiva (permite el intento de parto vaginal). Presenta un cuadro clínico de hemorragia indolora de sangre roja y brillante, con presentación insidiosa, escasa o abundante y recurrente según avanza la gestación^{25, 26, 28}.

Desprendimiento Prematuro de Placenta: Se refiere a la separación parcial o total, de la placenta normalmente insertada, después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento. Para establecer su diagnóstico, es necesario tener en cuenta la tríada clínica como el sangrado uterino, hipertonía uterina y distrés fetal y/o muerte fetal^{25, 26, 28}.

Rotura uterina: Se define como una solución de continuidad de la pared del útero localizada con mayor frecuencia en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el trabajo de parto, ocasionada por la apertura de la cicatriz de una cesárea previa, parto traumático y la hiperdinamia uterina. El riesgo se incrementa sensiblemente durante el trabajo de parto en aquellas pacientes que presentan el antecedente de una cesárea previa. Se caracteriza por un sangrado que puede estar oculto, hiperdinamia en inminencia de rotura uterina, disminución evidente o cese de la dinámica

uterina, hemorragia vaginal como consecuencia de las estructuras vasculares afectadas y palpación de partes fetales en rotura establecida^{25, 28}.

Hemorragia postparto: Pérdida sanguínea mayor de 500cc consecutiva al parto vía vaginal o más de 1000cc luego de la cesárea. También se define por: Sangrado postparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre. Caída de hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr% en la Hemoglobina. c) Pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal. Las causas comunes incluyen: La falla de contracción uterina adecuada después del parto (90%), Trauma al tracto genital (7%); El sangrado debido a retención de tejido placentario y la falla en el sistema de coagulación, los cuales explican el restante 3%. La HPP Atónica es la más prevalente y la principal causa de muerte materna en países de ingresos medios y bajos²⁵.

Entre las infecciones maternas se encuentran: ruptura prematura de membranas, infecciones del tracto urinario, sepsis y shock séptico.

Ruptura Prematura de Membranas: Se refiere a la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas. Se clasifica en: RPM sin infección intraamniótica (se caracteriza por pérdida de líquido por el cuello uterino, antes de iniciarse el trabajo de parto y funciones vitales estables) y ruptura prematura de membranas con infección intraamniótica (se caracteriza por pérdida de líquido amniótico turbio, purulento o fétido, temperatura mayor de 38° C, taquicardia materna, taquicardia fetal, útero doloroso, irritabilidad uterina, etc.). Para establecer el diagnóstico se debe realizar anamnesis, examen físico, observación de las características del líquido mediante la especuloscopia, etc.³⁰

Infección del Tracto Urinario: La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, como la *Escherichia coli* (80%), *Klebsiella ssp*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp.*, etc. Durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan

el riesgo a padecer una infección urinaria, destacando: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección desde la vejiga al riñón, la disminución del tono ureteral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga aumentando su capacidad vesical y disminuyendo su vaciamiento (éstasis urinaria), entre otros. Desde el punto de vista clínico, la infección urinaria puede presentarse como una infección asintomática: bacteriuria asintomática del embarazo (presencia de bacterias en la orina, generalmente >100.000 UFC/ml en ausencia de síntomas), o como una infección sintomática: cistitis (presencia de disuria, poliururia, dolor suprapúbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria) y pielonefritis gravídicas (infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones)^{31, 32}.

Corioamnionitis: Infección inespecífica de la cavidad amniótica sus anexos y eventualmente del feto (bolsas o membranas amnióticas) que se origina durante la gestación a partir de las 22 semanas. Se presenta en 1% a 2% de todos los embarazos, pero es mucho más común en los partos prematuros. Se puede desarrollar debido a estos factores: Rotura de las membranas (bolsa de líquido amniótico) durante un largo periodo, esto permite el ingreso de microorganismos vaginales al útero (estreptococos agalactia grupo B, arcoplasma urealyticum, haemophilus Influenza, clamidia trachomatis, gardenella vaginitis); Pérdida del tapón mucoso más de 48 horas; coito preparto; trabajo de parto prolongado; tactos vaginales frecuentes²⁵.

Sepsis y shock séptico: Es un desorden cardiovascular, inmunológico y metabólico complejo; que va avanzando gradualmente como consecuencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por una infección severa²⁵.

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que

requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas.

Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos^{33, 34}

Algunos estudios han identificado por una parte que los trastornos depresivos se asocian a una serie de complicaciones obstétricas como amenaza de parto prematuro, sangrado, hiperémesis gravídica, preeclampsia, abortos espontáneos, infección urinaria, altas tasas de hospitalización, etc.^{6, 35, 36, 37} mientras que otros estudios no han identificado asociación con resultados obstétricos adversos¹⁰. El nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna.

Se ha descubierto que la sobreproducción de una hormona llamada neuroquinina B (NKB) por la placenta puede ser un indicador temprano de preeclampsia, pues investigadores han observado que la inyección de altas dosis de hormona NKB en ratas aumenta la presión sanguínea y que en las mujeres embarazadas con preeclampsia, los niveles de esta hormona empiezan a aumentar al principio del embarazo y se mantienen elevados en el tercer trimestre de la gestación³⁸, por lo que su aumento inclusive puede ocasionar mayor angustia emocional como la depresión.³⁹

A nivel perinatal, las mujeres embarazadas con trastornos depresivos tienen un mayor riesgo de neonatos con bajo peso al nacer y pequeños para la edad gestacional que los controles.

Los resultados de este estudio, permitirán establecer si efectivamente los trastornos depresivos se asocian a las complicaciones obstétricas, de esta se podrá aportar datos útiles que permitan poner en práctica programas eficaces

de prevención en consulta externa; asimismo implementar un tratamiento temprano que contribuya a la mejora de la calidad de vida de las gestantes que presenten cuadros depresivos, evitando de esta manera a futuro alguna complicación obstétrica.

Asimismo, el estudio es importante, puesto que formará parte de la evidencia científica a nivel institucional y nacional, con contenido novedoso, ya que al observar escasos artículos relacionados al tema, la presente investigación, contribuirá a la actualización de los datos respecto a temas depresivos, mejorando el conocimiento médico, ya que se encontrará al alcance de toda la comunidad no solo médica, sino universitaria.

Por lo referido, nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Cómo es la relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014?

Definición de términos:

Depresión: Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren.

Complicaciones obstétricas: Se refiere a aquellas alteraciones y trastornos que se producen durante el embarazo, parto y trabajo de parto, así como en el periodo neonatal inicial.

Embarazo: Periodo de tiempo comprendido entre la concepción y nacimiento.

Objetivos:

Objetivo general:

Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Objetivos específicos:

- ❖ Determinar los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.
- ❖ Identificar los diferentes tipos de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.
- ❖ Establecer la relación entre las complicaciones obstétricas infecciosas y los niveles de depresión en las gestantes.
- ❖ Establecer la relación entre las complicaciones obstétricas hemorrágicas y los niveles de depresión en las gestantes.
- ❖ Establecer la relación entre las complicaciones obstétricas hipertensivas y los niveles de depresión en las gestantes.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, retrospectivo y de corte transversal.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Gestante con depresión atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.
- **Tamaño Muestral:** La muestra estuvo conformada por las 75 gestantes que fueron diagnosticadas con depresión durante su visita al consultorio de psicología en el año 2014 y a la vez presentaron alguna complicación obstétrica.
- **Tipo de muestreo:** El muestreo fue por conveniencia; es decir, se tomó a las gestantes con diagnóstico de depresión que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.
- **Criterios de selección**
 - **Criterios de inclusión**

Gestante que se hayan atendido en los servicios del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Gestante cuyo diagnóstico de depresión se realizó en el servicio de psicología del INMP.

Gestante de parto vaginal o cesárea atendida en el INMP.

Criterios de exclusión

Gestante cuya historia clínica se encuentren con la información incompleta.

Gestante adolescente.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Por ser el estudio correlacional no existe dependencia entre las variables.

- Complicaciones obstétricas.
- Niveles de depresión.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Método: Observacional.

Técnica: La recopilación de datos fue de fuente secundaria, a través de la cual se obtuvo información no sólo de las características generales de la gestante sino del aspecto psicológico relacionado a la “Depresión” en la gestante. En primera instancia se accedió a los informes psicológicos de aquellas pacientes con depresión que son registrados por el profesional de psicología del Instituto Nacional Materno Perinatal, para poder sustraer el número de Historia Clínica y acceder a la misma, con la finalidad de evaluar las complicaciones obstétricas que podrían presentar.

Instrumento: Se hizo uso de una ficha de recolección de datos, estructurada en cinco partes, las cuales en su conjunto permitieron obtener datos de las características generales de las gestantes (parte I), nivel del trastorno depresivo (parte II), complicaciones obstétricas infecciosas (parte III), complicaciones obstétricas hemorrágicas (parte IV) y complicaciones obstétricas hipertensivas (parte V).

Se trabajó con una ficha de recolección de datos, por tanto no existió la necesidad de validar y confiabilizar el instrumento, ya que la información fue recopilada de fuentes secundarias, es decir de las historias clínicas.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de haber presentado el protocolo de investigación a la unidad de investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal y haber sido aprobado por este ente evaluador, se procederá a la recolección de los datos.

Es importante resaltar, que en la institución, el servicio de psicología, durante la consulta a las gestantes, se evalúa los niveles de depresión de las pacientes en base al Inventario de “Depresión de Beck”; este es un mecanismo fiable para medir el estado de ánimo de la paciente. Este test cuenta con 21 preguntas que evalúan la gravedad de la sintomatología depresiva. En cada una de las preguntas, la paciente debe elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, donde se valora la pérdida de peso, la dificultad para trabajar, el cambio en la imagen corporal y las preocupaciones somáticas.

Las respuestas del test permitieron diagnosticar si la paciente presentó sintomatología depresiva o no, así como clasificarlos en los diferentes niveles de depresión; estos resultados son reportados a través de un “Informe Psicológico”, del cual se pudo obtener los números de las historias clínicas de las pacientes con depresión.

Estas historias clínicas fueron solicitadas en la unidad de archivo del Instituto Nacional Materno Perinatal, para recabar información sobre las complicaciones obstétricas. Los datos de cada historia fueron transcritos en la ficha de recolección elaborada para poder cumplir los objetivos del estudio.

Luego de haber recopilado los datos en las fichas de recolección, estas fueron foliadas e ingresadas a la base de datos del programa SPSS v.21. Seguidamente se analizaron los datos.

Se realizaron dos tipos de análisis uno descriptivo y otro correlacional, este último para hallar la relación entre las variables.

Análisis descriptivo o univariado: Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas: se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariado: Para el cálculo de las correlaciones se usó la prueba chi-cuadrado, el cual se consideró significativo, es decir, que existe asociación, cuando el valor de p es menor a 0.05.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se ha buscado que el presente estudio cumpla con los principios básicos de la ética médica:

Principio de beneficencia y no maleficencia: brinda conocimientos suficientes sobre la relación entre depresión y complicaciones obstétricas lo cual beneficia la calidad de vida.

Confidencialidad: la información recopilada en la investigación se guardó en absoluta confidencialidad y los datos fueron solo de utilidad para los fines del estudio.

Para el estudio no fue necesario la realización de un consentimiento informado, puesto que el diseño es retrospectivo, es decir, la información se recabó de las historias clínicas de las pacientes.

3. RESULTADOS

Tabla N°1: Características sociodemográficas de las gestantes con depresión atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Características sociodemográficas		N	%
Estado civil	Soltera	30	40,0%
	Casada	11	14,7%
	Conviviente	34	45,3%
Ocupación	Ama de casa	47	62,7%
	Estudiante	9	12,0%
	Independiente	5	6,7%
	Otros	14	18,7%
Grado de instrucción	Primaria	3	4,0%
	Secundaria	45	60,0%
	Técnica	22	29,3%
	Universitaria	5	6,7%
TOTAL		75	100,0%

La tabla N°1 describe las características sociodemográficas de las gestantes con depresión atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014, donde el 45.3% tenía estado civil conviviente, el 62.7% era ama de casa y el 60% tenía grado de instrucción secundaria.

Tabla N°2: Tipo de parto de gestantes con depresión atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Tipo de parto	N	%
P. Vaginal	37	49,3%
P. Cesárea	38	50,7%
TOTAL	75	100,0%

El 50.7% de las gestantes culminaron en parto por cesárea y el 49.3% en parto vaginal (Ver Tabla N°2).

Tabla N°3: Niveles de depresión en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Niveles de depresión	N	%
Depresión leve	64	85,3%
Depresión moderada	11	14,7%
Depresión severa	0	0,0%
TOTAL	75	100,0%

En la Tabla N°3 se observa que las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014 presentaron depresión leve en un 85.3% y depresión moderada en un 14.7%.

Tabla N°4: Complicaciones obstétricas en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Tipo de complicaciones presentadas por las gestantes	N	%
Complicaciones Infecciosas		
RPM	6	8%
Corioamnionitis	1	1.3%
ITU	16	21.3%
ITU y RPM	2	2.7%
ITU y Sepsis	2	2.7%
ITU y Corioamnionitis	1	1.3%
ITU , RPM y Corioamnionitis	1	1.3%
Ninguna	46	61.4%
Complicaciones Hemorrágicas		
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1.3%
Placenta previa	1	1.3%
Amenaza de aborto	2	2.7%
Amenaza de aborto más hemorragia postparto.	7	9.3%
Ninguna	64	85.4%
Complicaciones hipertensivas		
Preeclampsia	9	12%
Eclampsia	1	1.3%
Síndrome de HELLP	1	1.3%
Ninguna	64	85.4%
TOTAL	75	100,0%

En la tabla N°4 se observa las complicaciones obstétricas que presentaron las gestantes atendidas en el INMP durante el 2014.

Entre las complicaciones infecciosas más frecuentes se presentaron la ITU (21.3 %) y el RPM (8%), entre las complicaciones hemorrágicas se encontraron la hemorragia pos parto con antecedente amenaza de aborto (9.3%) y la amenaza de aborto (2.7%); y entre las complicaciones hipertensivas la más común fue la preeclampsia (12%), presentándose solo dos casos de Eclampsia y Síndrome de HELLP.

Tabla N°5: Relación entre las complicaciones obstétricas infecciosas y los niveles de depresión de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Complicaciones obstétricas infecciosas		Nivel de depresión				p
		Depresión leve		Depresión moderada		
		N	%	N	%	
RPM	Si	6	9,4%	0	0,0%	0,290
	No	58	90,6%	11	100,0%	
Corioamnionitis	Si	1	1,6%	0	0,0%	0,676
	No	63	98,4%	11	100,0%	
ITU	Si	15	23,4%	1	9,1%	0,283
	No	49	76,6%	10	90,9%	
Sepsis	Si	0	0,0%	0	0	-
	No	64	100,0%	11	64	
ITU Y RPM	Si	2	3,1%	0	0,0%	0,353
	No	62	96,9%	11	100,0%	
ITU y Sepsis	Si	0	0,0%	2	18,2%	0,001
	No	64	100,0%	9	81,8%	
ITU y Corioamnionitis	Si	0	0,0%	1	9,1%	0,015
	No	64	100,0%	10	90,9%	
ITU , RPM y Corioamnionitis	Si	1	1,6%	0	0,0%	0,676
	No	63	98,4%	11	100,0%	
Shock séptico	Si	0	0,0%	0	0,0%	-
	No	64	100,0%	11	100,0%	
Infección por VIH	Si	0	0%	0	0,0%	-
	No	64	100,00%	11	100,0%	
TOTAL		64	100,0%	11	100,0%	

En la tabla N°5 se observa que al evaluar la ITU con sepsis como complicación obstétrica infecciosa se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.001$), es decir, que no se encontraron casos de depresión leve y la presencia de ITU con sepsis, sin embargo, el 18.2% de las gestantes con depresión moderada tuvo como diagnóstico ITU con sepsis.

De la misma manera se observa que al evaluar la ITU con corioamnionitis como complicación obstétrica infecciosa se relaciona significativamente con la depresión moderada ($p=0.015$) ya que no se evidenciaron casos con depresión leve en pacientes con ITU con corioamnionitis, pues todos estos casos tuvieron depresión moderada.

Tabla N°6: Relación entre las complicaciones obstétricas hemorrágicas y los niveles de depresión de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Complicaciones obstétricas hemorrágicas		Nivel de depresión				p
		Depresión leve		Depresión moderada		
		N	%	N	%	
Desprendimiento prematuro de placenta	Si	0	0,0%	1	9,1%	0,015
	No	64	100,0%	10	90,9%	
Placenta previa	Si	1	1,6%	0	0,0%	0,676
	No	63	98,4%	11	100,0%	
Ruptura uterina	Si	0	0,0%	0	0,0%	
	No	64	100,0%	11	100,0%	
Hemorragia post parto	Si	0	0,0%	0	0,0%	-
	No	64	100,0%	11	100,0%	
Shock hipovolémico	Si	0	0,0%	0	0,0%	-
	No	64	100,0%	11	100,0%	
Amenaza de Aborto	Si	1	1,6%	1	9,1%	0,152
	No	63	98,4%	10	90,9%	
Amenaza de aborto más hemorragia postparto	Si	6	9,4%	1	9,1%	0,976
	No	58	90,6%	10	90,9%	
TOTAL		64	100,0%	11	100,0%	

En la tabla N°6 se observa las complicaciones obstétricas hemorrágicas, donde el desprendimiento prematuro de placenta se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$), es decir, no se encontraron casos de depresión leve con la presencia de sepsis, sin embargo, el 9.1% de las gestantes con depresión moderada tuvo como diagnóstico desprendimiento prematuro de placenta.

Tabla N°7: Relación entre las complicaciones obstétricas hipertensivas y los niveles de depresión de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Complicaciones obstétricas hipertensivas		Nivel de depresión				p
		Depresión leve		Depresión moderada		
		N	%	N	%	
Preeclampsia	Si	5	7,8%	4	36,4%	0,007
	No	59	93,7%	7	70,0%	
Eclampsia	Si	0	0,0%	1	9,1%	0,015
	No	64	100,0%	10	90,9%	
Síndrome de HELLP	Si	0	0,0%	1	9,1%	0,015
	No	64	100,0%	10	90,9%	
TOTAL		64	100,0%	11	100,0%	

En la tabla N°7 se observan las complicaciones obstétricas hipertensivas, donde la preeclampsia se relaciona significativamente con la presencia de depresión moderada ($p=0.007$), es decir, el 7.8% de gestantes con depresión leve tuvo la presencia de preeclampsia, sin embargo, el 36.4% de las gestantes con depresión moderada tuvo como diagnóstico preeclampsia. Asimismo, el diagnóstico de eclampsia se relaciona con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$), observándose casos de depresión moderada (9.1%) en pacientes con eclampsia. De igual forma, el diagnóstico de síndrome de HELLP se relaciona con la presencia de depresión moderada ($p=0.015$), observándose casos de depresión moderada (9.1%) en pacientes con síndrome de HELLP.

Tabla N°8: Relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014.

Complicaciones		Nivel de depresión				p
		Depresión leve		Depresión moderada		
		N	%	N	%	
Obstétricas	Si	25	39,1%	4	36,4%	0,865
Infecciosas	No	39	60,9%	7	63,6%	
Obstétricas	Si	8	12,5%	3	27,3%	0,201
Hemorrágicas	No	56	87,5%	8	72,7%	
Obstétricas	Si	5	7,8%	6	54,5%	0,000
Hipertensivas	No	59	92,2%	5	45,5%	
Total		64	100,0%	11	100,0%	

En la tabla N°8 se observa la relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes, donde:

El 39.1% de las gestantes con depresión leve y el 36.4% con depresión severa presentan complicaciones obstétricas infecciosas, observándose porcentajes similares; por ende, no existe relación significativa ($p=0.865$). El 12.5% de las gestantes con depresión leve y el 27.3% con depresión moderada presentaron complicaciones obstétricas hemorrágicas, encontrando similitud en los porcentajes; por ende, no existe relación significativa entre ambas variables ($p=0.201$).

Sin embargo, al evaluar las complicaciones obstétricas hipertensivas se observó relación muy significativa entre la presencia de depresión moderada y la presencia entre alguna complicación obstétrica hipertensiva ($p=0.000$), es decir, que el 7.8% de las gestantes con complicaciones obstétricas hipertensivas presentó depresión leve mientras que el 54.5% de las gestantes con complicaciones obstétricas hipertensivas presentó depresión moderada.

4. DISCUSION

La depresión representa un trastorno del humor y del ánimo que posee como características una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), además de cansancio o fatiga, disminución de la atención y concentración, trastornos del sueño y pérdida del apetito. En el presente estudio, se observó casos de depresión, donde el 85.3% de las gestantes presentó depresión leve y el 14.7% depresión moderada; sin embargo, en el trabajo de *Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera, et al.*, se encontró que el 44.9% de las gestantes tuvo como diagnóstico depresión leve, el 29.5% depresión severa y el 25.6% depresión moderada, siendo los resultados de ambos estudios diferentes. En base a ello, la mayoría de pacientes presentaron síntomas típicos como pérdida de interés y capacidad para disfrutar, fatiga, desgano, etc., posiblemente por determinadas situaciones o problemas personales y familiares.

Al estudiar las diversas complicaciones obstétricas en relación a la depresión en las gestantes se observó:

Dentro de las complicaciones obstétricas infecciosas:

En el estudio de *Bao, Vega y Saona* se observó que: respecto a la infección no hubo relación con el estado de depresión durante el embarazo ($p=0.103$), similares resultados fueron encontrados en nuestro estudio puesto que se observó de forma general que las complicaciones obstétricas infecciosas no se relacionaron con la depresión ($p=0.865$), sin embargo al evaluar cada tipo de infección, se encontró relación entre la presencia de ITU con sepsis en la gestación e ITU con corioamnionitis y el diagnóstico de depresión moderada ($p=0.001$) y ($p=0.015$) respectivamente. Esta relación posiblemente se ha dado, ya que cuando hay un cuadro de depresión, se manifiesta una disminución del sistema inmunológico que lleva a una alta predisposición de infecciones.

Dentro de las complicaciones obstétricas hemorrágicas:

En cuanto a las complicaciones hemorrágicas, en el estudio de *Ardila, Lara y Perugache* se observó que no hay relación entre la amenaza de aborto con la depresión, esta información es similar a lo encontrado en la presente investigación, en la que se evidenció que la amenaza de aborto no se relacionó con el tipo de depresión ($p=0.152$), puesto que las frecuencias fueron similares. Pese a esto en el presente estudio se evidenció relación significativa entre el desprendimiento prematuro de placenta y la presencia de depresión moderada ($p=0.015$), esto debido a que en muchos casos el abruptio placentae se produce a causa de problemas hipertensivos y según diversos estudios la depresión en la gestación aumenta estas complicaciones en la gestante.

Dentro de las complicaciones obstétricas hipertensivas:

Al valorar las complicaciones hipertensivas, en el presente trabajo se encontró que la preeclampsia se relacionó de forma muy significativa con la depresión moderada ($p=0.000$), tanto para los casos de preeclampsia ($p=0.007$), eclampsia ($p=0.015$) y síndrome de HELLP ($p=0.015$) con la presencia de depresión moderada, este hallazgo significativo fue al igual a lo encontrado en el estudio de *Hu, Li, Zhang y Yan* quienes a pesar de haber examinado a pacientes con y sin depresión, encontraron que los síntomas depresivos prenatales se asocian con un aumento de preeclampsia, esto probablemente se ha producido por una mayor preocupación de las pacientes al presentar preeclampsia sobre las posibles consecuencias durante y tras el parto de esta patología, ocasionando depresión.

5. CONCLUSIONES

- Los niveles de depresión hallados en la muestra de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2014 fueron, depresión leve 85.3% y depresión moderada 14.7 %.
- Los principales tipos de complicaciones obstétricas presentadas por las participantes del presente estudio fueron, ITU (21.3%), la preeclampsia (12%) y las que tuvieron amenaza de aborto y hemorragia pos parto (9.3%).
- Las complicaciones obstétricas infecciosas no se relacionan con los niveles de depresión. Sin embargo, al analizar sólo a las complicaciones obstétricas infecciosas se obtuvo que la ITU con sepsis en la gestación y la ITU con corioamnionitis son las únicas complicaciones obstétricas infecciosas que se relacionan significativamente con la depresión moderada en las gestantes ($p=0.001$) y ($p=0.015$) respectivamente.
- Las complicaciones obstétricas hemorrágicas no se relacionan con los niveles de depresión. Sin embargo, al analizar sólo a las complicaciones obstétricas hemorrágicas se obtuvo que el desprendimiento prematuro de placenta es la única complicación obstétrica hemorrágica que se relaciona significativamente con la depresión moderada presentadas en las gestantes ($p=0.015$).
- Las complicaciones obstétricas hipertensivas como la preeclampsia ($p=0.007$), la eclampsia ($p=0.015$) y el síndrome de HELLP ($p=0.015$) si relacionan significativamente con la depresión moderada en las gestantes.

6. RECOMENDACIONES

- Al observar los altos porcentajes de pacientes con depresión, se recomienda realizar más investigaciones acerca de la relación entre la depresión gestacional y las complicaciones obstétricas en los diferentes niveles de atención y de esta manera tener información actualizada.
- Al observarse relación muy significativa entre las complicaciones obstétricas hemorrágicas y la depresión moderada, es recomendable que durante la preparación en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se refuercen las dudas y preocupaciones inherentes a las molestias habituales y signos de alarma que se presentan durante la gestación; de esta forma, se podrá esclarecer dudas y mejorar el estado de ánimo durante la gestación.
- Se recomienda que, durante las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, se proponga mayor énfasis en medicina alternativa a las gestantes como la realización de yoga, masoterapia, aromaterapia, etc., de tal manera que puedan relajarse, prevenir la depresión gestacional y así evitar posibles complicaciones.
- Se sugiere que en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, se brinde mayor énfasis a los momentos de recreación dirigidos a las gestantes como paseos, con la finalidad que las pacientes puedan interactuar y disminuyan sus niveles de depresión que puedan estar cursando.
- De la misma forma se recomienda que se trabaje en equipo y se realice la captación de éstas pacientes mediante un tamizaje básico realizado por el profesional de salud durante las atenciones prenatales derivándolas al servicio de psicología para descartar el diagnóstico de depresión y realizar el tratamiento oportuno.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lara M., Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental* 2012; 35:57-62.
2. Organización Panamericana de la Salud. Día de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington; 2012. [Consultado: 30 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305&Itemid=1926&lang=es
3. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. *Soc Psychiatry Psychtr Epidemiol* 2004; 39(12):975-979.
4. Dang-Kilduff, L. Tras un embarazo con diabetes: una ventana a la oportunidad. *Diabetes Voice*. Mayo 2009 [citado el 20 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_SI%20Women_Dang%20Kilduff_ES.pdf.
5. Vinnaccia S, Sánchez S, Bustamante E, Cano E, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Mayo 2006, 6 (1).
6. Hu R, Li Y, Zhang Z, Yan W. Antenatal depressive symptoms and the risk of preeclampsia or operative deliveries: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Mar 19; 10(3):e0119018.
7. Ardila Y, Lara C, Perugache A. Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional. *Rev Univ. salud*. 2013; 15(2).
8. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus [Internet]*. 2013 [Acceso el 05 de mayo del 2016]; 17(2). Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006

9. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
10. Bao M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatr* 2010; 73(3): 95-103.
11. Luna M., Salinas J., Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009, 26(4).
12. Urbina C, Villaseñor S. Los trastornos mentales y el embarazo. *Revista Digital Universitaria* 2005; 6(11).
13. Gómea A. Depresión en el embarazo y el posparto. *OFFARM* 2007; 26(1).
14. Sumano M, Vargas J. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. *Magazine Conductitlán* 2014; 1(1): 33-47.
15. MINSA. Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guía clínicas. Chile: MINSA; 2013.
16. Organización of Teratology Information. La depresión y el embarazo. [Consultado el 22 de abril del 2015]. Disponible en: https://www.mothertobaby.org/files/depression_sp.pdf.
17. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas de Salud Mental. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica en Depresión. Lima: MINSA; 2008.
18. Ministerio de Salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Chile: MINSAL; 2014.

19. Ministerio de Salud. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión. Lima: MINSA; 2005.
20. Reyes K. Cambios Psicológicos durante el embarazo y depresión postparto. IX Curso de actualización en anestesiología en Ginecología y Obstetricia. [Consultado el 22 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/8.pdf>.
21. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas [Tesis]. Chile: Universidad de Chile. Facultad de Medicina; 2012.
22. Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, et al. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. An Fac med. 2009; 70(1):28-32.
23. Beltrán M., Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Terapia Psicológica. 2012, 30(1): 5-13.
24. Ishikawa Sh., Raine A. Complicaciones obstétricas y agresión. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. 2009: 1-6.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2014.
26. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas. Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: MINSA; 2007.
27. Petro G, Bustamante M, Martínez E, Peña C, Cabrera T, et al. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2014.
28. Ministerio de Salud. Guías Clínicas en Obstetricia y Perinatología. Perú: Colegio de Médicos del Perú. [Consultado el 22 de abril del 2015]. Disponible en:

<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoyp/III-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf>

29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Programa formativo de la especialidad de enfermería obstétrico ginecológica (matrona). España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
30. Hospital San José. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia. Perú: Hospital San José; 2013.
31. Alvarez G, Cruz J, Garau A, Lens V. Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 155; 2006; pp: 20-23.
32. Bogantes J, Solano G. Infecciones urinarias en el embarazo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2010; 67(593): 233-236.
33. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 269-278.
34. Hoirisch S, Brenner B, Nardi A. Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with mental disorders. Thromb Res. 2015 Feb; 135 (1):S60-3.
35. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S, La Paz-Bolivia. Rev Pacea Med Fam 2007; 4(5): 15-19.
36. Pereira P, Lovisi G, Lima L, Legay L. Obstetric complications, stressful life events, violence and depression during pregnancy in adolescents at primary care setting. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo); 37(5): 216-222, 2010.
37. Weobong B, Ten A, Soremekun S, Manu A, Owusu-Agyei S, Prince M, et al. Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study. PLoS One. 2014 Dec 30; 9(12):e116333.

38. Medicina 21. Descubrimiento de una hormona asociada a la preeclampsia. 2000. [Acceso el 07 de julio del 2016]. Disponible en: http://medicina21.com/Actualidad-V212-Descubrimiento_de_una_hormona_asociada_a_la_preeclampsia.html
39. D Medicina. Una hormona podría predecir el riesgo de preeclampsia. 2000. [Acceso el 07 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/2000/10/22/hormona-predecir-riesgo-preeclampsia-10491.html>

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
II. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
III. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II.....	47

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Categoría	Indicador	Codificación	Fuente de verificación
Complicaciones Obstétricas	Son disrupciones y trastornos sufridos durante el desarrollo de la gestación.	Complicaciones obstétricas infecciosas	Cualitativa	Nominal	Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Infecciones del tracto urinario. Sepsis. Shock séptico. Infección por VIH.	Si = 1 No = 1	Historia Clínica.
		Complicaciones obstétricas hemorrágicas	Cualitativa	Nominal	Desprendimiento prematuro de placenta. Placenta previa. Ruptura uterina. Hemorragia post parto. Shock hipovolémico. Aborto incompleto. Aborto retenido. Aborto en curso. Aborto inevitable. Aborto incompleto.	Si = 1 No = 1	
		Complicaciones Obstétricas hipertensivas.	Cualitativa	Nominal	Pre eclampsia Eclampsia. Síndrome de HELLP.	Si = 1 No = 1	
Niveles de depresión	Episodios depresivos caracterizados por sintomatologías de diferente intensidad.	-	Cualitativa	Ordinal	Depresión leve	Si = 1 No = 1	Historia Clínica.
					Depresión moderada		
					Depresión severa		
					Depresión crónica		

II. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE EL AÑO 2014”

ID: _____

FECHA: ____/____/____

HORA: ____/____

Características generales

1. Edad: _____
2. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente () Separada ()
3. Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Independiente () Otros: _____
4. Nivel de educación: Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Técnica () Universitaria ()
6. CPN: _____
7. EG al momento del parto: _____
8. G: _____ P: _____/_____/_____/_____
9. Tipo de parto: P. Vaginal () P. por cesárea ()
10. Presencia de depresión: Si () No ()
Depresión leve: Si () No ()
Depresión Moderada: Si () No ()
Depresión severa: Si () No ()

Complicaciones obstétricas infecciosas:

11. Rotura prematura de membranas: Si () No ()
12. Corioamnionitis: Si () No ()
13. Infecciones del tracto urinario: Si () No ()
14. Sepsis: Si () No ()
15. Shock séptico: Si () No ()
16. Infección por VIH: Si () No ()

Complicaciones obstétricas hemorrágicas

17. Desprendimiento prematuro de placenta Si () No ()
18. Placenta previa: Si () No ()
19. Ruptura uterina: Si () No ()
20. Hemorragia posparto: Si () No ()
21. Shock hipovolémico: Si () No ()
22. Amenaza de Aborto : Si () No ()

Complicaciones obstétricas hipertensivas

23. Preeclampsia: Si () No ()
24. Eclampsia: Si () No ()
25. Síndrome de HELLP: Si () No ()

III. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL TEST

- 1.1. Nombre del test Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- 1.2. Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).
- 1.3. Autor: Aarón T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
- 1.4. Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
- 1.5. Editor del test en su versión original: NCS Pearson, Inc. (U.S.A.)
- 1.6. Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A
- 1.7. Fecha de publicación del test original: 1996.
- 1.8. Fecha de la publicación del test en su adaptación española: 2011
- 1.9. Fecha de la última revisión del test en su adaptación española: 2011
- 1.10. Área general de la variable que pretende medir el test: Escalas Clínicas
- 1.11. Breve descripción de la variable que pretende medir el test

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los

criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia.

Este Instrumento lo aplican en el servicio de psicología del INMP desde el año 2011.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1 – 10	Estos altibajos son considerados normales.
11 – 16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17 – 20	Estados de depresión intermitentes.
21 – 30	Depresión moderada.
31 – 40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

*Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre..... Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

- 1 a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- 2 a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
- 3 a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
- 4 a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5 a. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.
- 6 a. No creo que este siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.

- c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
- 7 a. No me siento decepcionado de mí mismo.
- b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
- 8 a. No creo ser peor que los demás.
- b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9 a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.

- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

- 21 a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.